

ویژگیهای اپیدمیولوژیکی و بالینی سردردهای میگرنی و تنشی و برآورد شیوع آنها در کارکنان بیمارستانهای شیراز

دکتر سید محمد تقی آیت‌اللهی^۱، لیلا صاحبی^۲، دکتر افشین برهانی حقیقی^۳

فصلنامه علوم مغز و اعصاب ایران، سال هفتم، شماره ۲۴، زمستان ۱۳۸۷، ۳۰۴-۳۱۳

چکیده

زمینه و هدف: سردرد یکی از عمومی‌ترین عارضه‌هایی می‌باشد که می‌تواند مشکلی عظیم برای هر فردی در هر گروه سنی به بار آورد. سردرد تنشی و میگرنی دو سوم انواع مختلف سردرد را تشکیل می‌دهند. این مطالعه با هدف برآورد شیوع میگرن و سردردهای تنشی، تعیین عوامل خطر حرفه‌ای، گزارش ویژگیهای بالینی میگرن و سردردهای تنشی و مقایسه‌ی آنها با هم صورت گرفت.

روش بررسی: این مطالعه از نوع مورد-شاهدی بود که داده‌های آن از برآورد شیوع ۱۰۲۳ پرسنل که در طی یک نمونه‌گیری تصادفی طبقه‌بندی شده بودند به دست آمد. در این مطالعه گروههای مختلف شغلی (گروههای پرستاری-اداری و خدمات طبقات را تشکیل می‌دادند. ابتدا با استفاده از معیارهای بین‌المللی سردرد و معاینه بالینی یک نورولوژیست شیوع میگرن، سردردهای تنشی و سردردهای توام (توام میگرن و تنشی) محاسبه گردید. در مرحله‌ی بعد به ازای هر فرد دارای میگرن دو نفر شاهد و به ازای هر فرد دارای سردرد تنشی ۲ نفر شاهد که هیچگونه سردردی نداشتند به صورت تصادفی انتخاب شد. برای تحلیل داده‌ها از آزمون رگرسیون لجیستیک استفاده شد.

یافته‌ها: شیوع میگرن در این مطالعه ۱۱/۲٪ (۱۱۵ مورد)، سردرد تنشی ۱۹/۵٪ (۱۹۹ مورد) و سردرد توام میگرنی و تنشی ۳/۲٪ (۳۳ مورد) برآورد شد. در این مطالعه ویژگیهای بالینی سردرد مثل نوع، محل، تعداد، شدت، نشانه‌های همراه سردردها و همچنین اثرات سردرد روی بازده کاری بررسی شد. سردرد تنشی و میگرنی به طور معناداری با الگوی خواب غیر طبیعی در ارتباط بود. همچنین سردرد تنشی با میزان ساعات خواب و سابقه درگیری در شغل دوم ارتباط معکوس داشت.

نتیجه‌گیری: متوسط شیوع میگرن و سردردهای تنشی نسبت به کشورهای غربی پایین‌تر اما نسبت به متوسط شیوع برآورد شده کشورهای آسیایی بالاتر بود. ویژگیهای بالینی تقریباً با معیار IHS همخوانی داشت. در این مقاله سردرد تنشی و میگرنی عارضه‌های مستقل از هم بودند و وقوع آنها ارتباطی به هم نداشت.

واژگان کلیدی: میگرن- سردرد تنشی- شیوع- عامل خطر- پرسنل بیمارستان- ویژگیهای بالینی- معیار IHS.

^۱ استاد گروه آمار زیستی و اپیدمیولوژی دانشگاه علوم پزشکی شیراز
^۲ کارشناس ارشد اپیدمیولوژی- عضو هیات علمی، دانشکده بهداشت و تغذیه دانشگاه علوم پزشکی تبریز- همکار و عضو پژوهشی مرکز کشوری مدیریت سلامت NPMC - مولف مسئول: sahebileila@yahoo.com

^۳ استاد یار بخش مغز و اعصاب دانشگاه علوم پزشکی شیراز

مقدمه

سردرد عمومی‌ترین سندرم درد می‌باشد. سردردهای تنشی و میگرنی جمعا دو سوم انواع مختلف سردرد را تشکیل می‌دهند^(۱و۲) و این عارضه نهمین علت مراجعه به پزشک می‌باشد.^(۳و۲) تشخیص صحیح، اولین و مهمترین گام برای درمان سردرد است.^(۴و۵و۶) تا قبل از سال ۱۹۸۸ به علت عدم وجود تعریف دقیق و پذیرفته شده انواع سردرد انجام مطالعات مقایسه‌ای امکان پذیر نبود. با ارائه طبقه بندی دقیق سردرد انجام مطالعات دقیق و گسترده میگرن و سردرد تنشی امکان پذیر شد.^(۵) شیوع سردرد در زنان ۲۵-۳۴ ساله نسبت به گروههای دیگر بالاترین می‌باشد.^(۳و۴و۵) شیوع میگرن و سردردهای تنشی براساس معیار IHS به ترتیب ۲۲/۳٪ و ۱۶/۲٪ بین افراد بالای ۱۵ ساله در کره جنوبی.^(۷) ۱۴٪ و ۳۶٪ بین افراد بالای ۱۵ ساله کانادا^(۸)، ۲۵٪ و ۳۲/۹٪ بین دانشجویان پزشکی برزیل^(۹) و ۱۲/۲٪ و ۱۲/۲٪ بین دانشجویان پزشکی عمان^(۱۰) بود. شیوع میگرن و سردردهای تنشی در مطالعات انجام یافته در ایران بدین قرار بوده است: ۷/۴٪ و ۱۵/۸٪^(۱۱) بین دانشجویان پزشکی شیراز، ۱/۷٪ و ۵/۵٪^(۱۲) بین دانش آموزان ابتدائی مدارس شیراز، ۱۰٪ و ۲۴٪^(۱۳) بین آموزگاران مدارس ابتدائی شهر شیراز. این مطالعه با هدف بر آورد شیوع میگرن و سردردهای تنشی بین کارکنان بیمارستانهای شیراز، تشخیص عوامل خطر حرفه ای، گزارش ویژگیهای بالینی میگرن و سردردهای تنشی و مقایسه این سردردها با هم و با معیار IHS (International Headache Society)^(۵) انجام شده است.

روش بررسی

این بررسی در سال ۱۳۸۴ بین کارکنان بیمارستانهای شیراز با حداقل ۱ سال سابقه خدمت انجام شد. ابتدا کلیه کارکنان واقع در نمونه‌گیری با پرسشنامه ای که شامل تعدادی سوالات عمومی بود غربال شدند. معیار غربال کارکنان داشتن سردرد بالای ۵ بار سردرد در سال بوده است. برای تشخیص نوع سردرد در کارکنان مشکوک به سردرد از پرسشنامه ای نیمه سازماندهی شده بر اساس معیارهای HIS استفاده شد و صحت تشخیص از طریق معاینات بالینی کارکنان غربال شده و توسط یک نورولوژیست تایید گردید. جهت انجام مقایسه بین سردردها با هم از آزمون X^2 و T (با ۵٪ سطح معنی‌داری) توسط نرم افزار SPSS13 و جهت بر آورد ارتباط با سردردها از رگرسیون لجیستیک تک متغیره و چندگانه (با ۵٪ سطح معنی‌داری) استفاده شد.

یافته‌ها

از ۱۰۲۳ مورد انتخاب شده ۴۴۸ مورد (۴۳/۸٪) بالای ۵ بار در سال سردرد داشتند. با استفاده از معیار IHS و معاینات بالینی تخصصی ۱۱۵ مورد (۱۱/۲٪) سردرد میگرنی (با حدود اطمینان ۱۳/۱-۹/۳٪: با CI ۹۵٪، ۱۹۹ مورد (۱۹/۵٪) (با حدود اطمینان: ۲۹/۱-۱۷/۱٪: با CI ۹۵٪) سردرد تنشی و ۳/۲٪ (۳۳ مورد) (۲/۱-۳/۴٪: با CI ۹۵٪) سردرد میگرنی- تنشی داشتند. همچنین ۵۴ مورد (۵/۲۷٪) (با حدود اطمینان ۳/۹-۶/۶٪: با CI ۹۵٪) میگرن بدون اورا ۶۱ مورد (۵/۹۷٪) (با حدود اطمینان ۷/۴-۴/۵٪: با CI ۹۵٪) میگرن بدون اورا داشتند. بر اساس نتایج حاصله زنان شانس سردرد بیشتری نسبت به مردان داشتند ($P < 0/0001$). میگرن در گروههای

سنی ۳۰-۳۹ سال با ۵۲ مورد (۱۶/۵٪) (با حدود اطمینان ۲۰/۶٪-۱۲/۶٪: CI/۹۵) عمومیت بیشتری داشت اما سردرد تنشی در گروه‌های سنی ۴۰-۴۹ سال با ۵۵ مورد (۲۵/۸٪) (با حدود اطمینان ۳۱/۶٪-۲۰٪: CI/۹۵) عمومی‌تر بود. (جدول ۱).

جدول ۱: برآورد شیوع سردرد در بین کارکنان بیمارستانهای شیراز بر حسب سن، جنس، گروه‌های شغلی و نوع شیفت کاری

سن (سال)	تعداد	میگرن (%)	سردرد تنشی (%)	سردرد توام میگرنی - تنشی (%)
۱۹-۲۹	۴۲۶	(۹/۴)۴۰	(۱۷/۸)۷۶	(۱/۶)۷
۳۰-۳۹	۳۱۶	(۱۶/۵)۵۲	(۱۸/۷)۵۹	(۳/۸)۱۲
۴۰-۴۹	۲۱۳	(۸)۱۷	(۲۵/۸)۵۵	(۵/۲)۱۱
۵۰-۵۹	۶۸	(۸/۸)۶	(۱۳/۲)۹	(۴/۴)۳
مجموع	۱۰۲۳	(۱۱/۲)۱۱۵	(۱۹/۵)۱۹۹	(۳/۲)۳۳
حدود اطمینان ۹۵٪	—	۹/۳-۱۳/۱	۱۷/۱-۲۱/۹	۲/۱-۴/۳
P-Value	—	P<۰/۰۰۵	P<۰/۰۲۴	P=۰/۱۰۴
جنیست				
مرد	۳۱۲	(۵/۸)۱۸	(۴/۱۴)۴۵	(۱/۳)۴
زن	۷۱۱	(۱۳/۶)۹۷	(۲۱/۷)۱۵۴	(۴/۱)۲۹
P-Value	—	P<۰/۰۰۱	P<۰/۰۰۱	P<۰/۰۰۳
نوع حرفه				
پرستاری	۵۴۱	(۱۳/۳)۷۲	(۲۱/۸)۱۱۸	(۴/۴)۲۴
اداری	۲۳۰	(۷/۸)۱۸	(۱۸/۷)۴۳	(۱/۷)۴
خدماتی	۲۵۲	(۹/۹)۲۵	(۱۵/۱)۳۸	(۲/۰)۵
P-Value	—	P=۰/۳۸۲	P<۰/۰۰۲	P=۰/۰۶۷
شب کاری				
دارد	۴۲۰	(۱۲/۶)۵۳	(۱۹/۵)۸۲	(۴)۱۷
ندارد	۶۰۳	(۱۰/۳)۶۲	(۱۹/۴)۱۱۷	(۲/۷)۱۶
P-Value	—	P=۰/۳۵۶	P=۰/۲۱۰	P=۰/۲۲

در ۹۹ مورد (۸۶/۱٪) از میگرنی‌ها و ۶۹ مورد (۳۴/۷٪) از اشخاص با سردرد تنشی مشاهده شد. سردرد یکطرفه در ۵۵ مورد (۴۷/۸٪) از اشخاص دارای سردرد میگرنی و سردرد دوطرفه در ۷۴ مورد (۳۷/۲٪) از اشخاص دارای سردرد تنشی مشاهده شد.

در مورد ویژگی‌های بالینی ۴۸ مورد (۴۱/۷٪) از مبتلایان به میگرن و ۹۷ مورد (۴۸/۷٪) از مبتلایان به سردرد تنشی بیش از یک حمله در یک هفته داشتند. میانگین تعداد حملات در ماه و طول مدت سردرد در جدول ۲ مشاهده می‌شود. سردرد نبض دار

و تفاوت آماری معنی داری در موقعیت سردرد و نوع سردرد مشاهده شد ($P < 0.0001$) (جدول ۳).
جدول ۲: میانگین (انحراف معیار) تعداد حملات در ماه و طول مدت سردرد در کارکنان بیمارستانهای شیراز

نوع سردرد	تعداد حملات در ماه		طول مدت هر سردرد (ساعت)	
	میانگین (انحراف معیار) حدود اطمینان ۹۵٪		میانگین (انحراف معیار) حدود اطمینان ۹۵٪	
میگرن	۴/۹ (۵/۷)	۳/۹-۵/۹۵	۱۵/۴ (۲۰/۷)	۱۱/۶-۱۹/۲
سردرد تنشی	۶/۳ (۷/۳۸)	۵/۳-۷/۳	۱۲/۷ (۱۸/۳۸)	۱۰/۱-۱۵/۳
سردرد توام میگرنی-تنشی	۷/۱ (۸/۹)	۳/۹-۱۰/۳	۱۷/۱ (۲۱/۶۵)	۹/۴-۲۴/۸

جدول ۳: موقعیت سردردهای میگرنی و تنشی

نوع سردرد	یکطرفه		دوطرفه		پشت سر		جلوی سر		تمام سر		سایر موارد	
	فراوانی (درصد)		فراوانی (درصد)		فراوانی (درصد)		فراوانی (درصد)		فراوانی (درصد)		فراوانی (درصد)	
سردرد میگرنی	۵۵ (۴۷/۸)	۲۷ (۲۳/۵)	۳ (۲/۶)	۶ (۵/۲)	۳ (۲/۶)	۳ (۲/۶)	۱۰ (۸/۷)	۱۷ (۱۴/۵)	۱۵ (۱۳/۶)	۱۵ (۱۳/۶)	۱۵ (۱۳/۶)	۱۰ (۸/۷)
سردرد تنشی	۱۷ (۸/۵)	۷۴ (۳۷/۲)	۲۴ (۱۲/۱)	۲۷ (۱۳/۶)	۱۵ (۷/۵)	۶ (۳)	۱۶ (۵/۱)	۱۸ (۵/۷)	۱۸ (۵/۷)	۱۸ (۵/۷)	۱۶ (۵/۱)	۱۶ (۵/۱)
مجموع	۷۲ (۲۲/۹)	۱۰۱ (۳۲/۲)	۲۷ (۸/۶)	۳۳ (۱۰/۵)	۳۳ (۱۰/۵)	۳۳ (۱۰/۵)	۳۳ (۱۰/۵)	۳۳ (۱۰/۵)	۳۳ (۱۰/۵)	۳۳ (۱۰/۵)	۳۳ (۱۰/۵)	۳۳ (۱۰/۵)

تهوع و بی اشتهایی به ترتیب اولین (۶۵/۲٪) و صوت و ترس از نور نیز به ترتیب در ۳۲/۲٪ و دومین نشانه مرتبط با میگرن (۴۱/۷٪) بود. ترس از ۳۴/۸٪ اشخاص میگرنی مشاهده شد. (جدول ۴)

جدول ۴: نشانه‌های همراه با سردرد

	بی اشتهایی		استفراغ		ترس از صوت		تهوع		ترس از نور	
	فراوانی	درصد	فراوانی	درصد	فراوانی	درصد	فراوانی	درصد	فراوانی	درصد
سردرد میگرنی	۴۸	۴۱/۷	۳۷	۳۲/۲	۳۷	۳۲/۲	۳۷	۳۲/۲	۴۰	۳۴/۸
سردرد تنشی	۵۸	۲۹/۱	۲۷	۱۳/۶	۴۶	۲۳/۱	۹۶	۴۸/۲	۲۸	۱۴/۱
مجموع	۱۰۶	۳۳/۸	۶۴	۲۰/۴	۸۳	۲۶/۴	۱۷۱	۵۴/۵	۶۸	۲۱/۷

سردرد تنشی و سردرد میگرنی به طور معنی داری با الگوی خواب غیر طبیعی شامل بیدار شدن مکرر در طول شب، دیر به خواب رفتن و دیدن کابوس در ارتباط بودند ($P < 0.003$). همچنین سردرد تنشی با میزان خواب ارتباط معکوس داشت ($P < 0.0001$).
سابقه درگیری در شغل دوم به طور معنی داری با سردرد تنشی در ارتباط بود ($P < 0.026$). هرچند نسبت شانس میگرن و سردرد تنشی در پرستاران

۶۹٪ از افراد مبتلا به میگرن و تعداد ۳۸/۲٪ از کارمندان مبتلا به سردرد تنشی دارای سردرد شدید بودند و بین شدت سردرد و نوع سردرد ارتباط آماری معنی داری مشاهده شد ($P < 0.0001$). تعداد ۲۱/۷٪ از اشخاص مبتلا به میگرن و ۸/۵٪ از اشخاص مبتلا به سردرد تنشی به علت سردرد کار خود را از دست داده بودند.

تقریبا با نتایج مطالعات انجام شده بین زنان ترکیه^(۱۲) (۱۸/۸٪) همخوانی داشت. شیوع سردردهای توام میگرنی و تنشی بر آورد شده با نتایج مطالعات انجام شده بین دختران نوجوان شیراز (۲/۷٪) تقریبا سازگار بود، اما کمتر از نصف نتیجه مطالعه انجام شده در کره جنوبی (۷/۸٪)^(۷) بود.

یک مقایسه از شیوع سردرد با کشورهای آسیایی، اروپایی و آفریقایی در جدول ۵ ارائه شده است. تفاوت‌های مشاهده شده ناشی از تنوع جمعیت شناختی و تفاوت‌های متدولوژیکی می‌باشد که مقایسه در این مورد باید با احتیاط صورت گیرد.

میگرن به طور معمول یکطرفه بوده، نبض دار و دارای شدت متوسط می‌باشد، این نوع سردرد معمولا همراه با تهوع، ترس از صوت و ترس از نور است. سردرد تنشی معمولا دوطرفه بوده، کیفیت درد آن به صورت احساس فشار و کوبیدگی در سر می‌باشد و از لحاظ شدت درد، متوسط تا شدید بوده و معمولا این نوع سردردها در فعالیتهای معمول اختلالی ایجاد نمی‌کنند.^(۲۸ و ۲۷ و ۲۵)

نسبت به گروه‌های اداری و خدمات بیشتر بود، اما ارتباط آماری معنی‌داری بین سردرد و گروه‌های شغلی ذکر شده مشاهده نشد. ($P > 0/05$) و هم چنین ارتباط بین نوع سردرد و وضعیت بیمارستانها (خصوصی و دولتی)، نوع شیفت (ثابت و چرخشی) شیفت کاری تعداد شیفت‌ها در هفته، کمیت خواب بعد از شیفت کاری، سابقه کار و کمیت کار، به دست نیامد.

بحث

مطالعه حاضر یک مطالعه بر پایه جمعیت در بین کارکنان بیمارستانهای شهر شیراز انجام گرفت. معیار تشخیص سردرد و غربالگری آن بر پایه معیار بین المللی سردرد IHS و تشخیص بالینی توسط نورولوژیست بود. شیوع میگرن برآورد شده در مطالعه ما (۱۱/۲٪) تقریبا با نتایج مطالعات یوسفی^(۱۴) که بین دانشجویان پزشکی ایران (۱۱٪) و کوزاوغلو^(۱۲) در زنان ترکیه (۱۲/۵٪) همخوانی داشت. شیوع سردرد تنشی بر آورد شده در این مطالعه (۱۹/۵٪)

جدول ۵: مقایسه جهانی شیوع میگرن، سردرد تنشی و سردرد توام میگرنی - توام.

شماره ماخذ	سال	کشور	جمعیت هدف	گروه سنی	تعداد نمونه	شیوع		
						میگرن (%)	سردرد تنشی (%)	سردرد توام %
۱۶	۱۹۹۱	دانمارک	عموم جمعیت	۲۵-۶۴	۱۰۰۰	۱۰	—	—
۸	۱۹۹۲	کانادا	عموم جمعیت	۱۵≥	۱۵۷۳	۱۴	۳۶	۱۴
۱۷	۱۹۹۳	فنلاند	عموم جمعیت	—	۱۰۰۰	۶/۵	—	—
۱۸	۱۳۷۵	ایران (کرمان)	دانشجویان علوم پزشکی	—	۲۳۸	۹/۲	۱۵/۸	—
۱۱	۱۹۹۵	اتیوپی	عموم جمعیت	—	۱۵۵۰۰	۳	۱/۷	—
۱۹	۱۹۹۷	سودان	عموم جمعیت	۱۸-۷۴	۱۶۶۱	۱۳/۲	—	—
۲۰	۱۳۷۹	ایران (زنجان)	دانشجویان پزشکی	—	۵۵۴	۱۱/۰۱	—	—
۲۱	۱۳۸۰	ایران (شهرکرد کرمان - اصفهان)	دانشجویان دختر	—	۷۰۰	۸/۶	—	—
۷	۱۹۹۸	کره	عموم جمعیت	۱۵≥	۲۵۰۰	۲۲/۳	۱۶/۲	۷/۸
۱۲	۲۰۰۱	ترکیه	زنان	۱۴≥	۱۳۱۲	۱۲/۵	۱۸/۸	—
۹	۲۰۰۱	برزیل	دانشجویان	—	۱۰۰۰	۲۵/۰	۳۲/۹	—
۱۰	۲۰۰۱	عمان	دانشجویان	—	۴۰۳	۱۲/۲	۱۲/۲	—
۱۵	۲۰۰۲	ایران	زنان	۱۱-۱۸	۳۱۰	۶/۱	۱۲/۱	—
۲۲	۱۳۸۳	ایران (شیراز)	آموزگاران	—	۵۳۸	۱۰	۲۴	۵/۲
۲۳	۱۳۸۳	ایران (شیراز)	دانش آموزان مقطع ابتدایی	—	۲۲۲۶	۱/۷	۵/۵	—
۲۴	۲۰۰۶	زیمبابوه	کارکنان بیمارستان روانی	۱۲-۱۷	۱۷۵	۳۰/۸	۴۷/۷	—
۲۵	۲۰۰۶	ترکیه	گروه پلیس	۱۵-۶۴	۱۱۱۷	۱۴/۵	۲۵/۹	—
۲۶	۲۰۰۶	برزیل	دانش آموزان	—	۶۲۵	۲۲/۱	۲۲/۹	—

تشخیص موارد در تمام مطالعات با معیار HIS انجام گرفته است.

در افراد میگرنی و تنشی مشاهده شد که با نتایج مطالعه داهلوف^(۱۹) و معیار HIS همخوانی دارد. در ۶۶/۹٪ از مبتلایان میگرن ترس از صوت و ترس از نور مشاهده شد که با نتایج مطالعات دیگر^(۳۴،۳۲،۳۳،۷،۶) و معیارهای IHS همخوانی داشت. اما از مطالعه ای

تقریباً نصف اشخاص مبتلا به میگرن در این مطالعه سردرد یکطرفه داشتند و ۳۷/۲٪ از افراد از سردرد دوطرفه رنج می‌بردند. این نتایج در مقایسه با تعداد دیگری از مطالعات پایین بوده است.^(۷،۲۹،۱۹،۳۰،۳۱) کیفیت ضربانی سردرد در ۸۶/۱٪ و ۳۴/۷٪ به ترتیب

که در کره توسط رح (Roh) صورت گرفته^(۷) پایین‌تر بود. در ۹۵/۷٪ موارد شدت سردرد میگرنی متوسط تا شدید بود و در ۹۱٪ موارد سردرد تنشی ملایم تا متوسط بود. این نتیجه با معیار IHS و نتایج مطالعات دیگر^(۲۶، ۲۹، ۳۵، ۳۶) همخوانی داشت. در این مطالعه ارتباط آماری معناداری از لحاظ شدت سردرد بین سردرد میگرنی و سردرد تنشی مشاهده شد که با مطالعه Iniguez^(۲۸) مقایسه پذیر بود. سردرد شدید می‌تواند در نحوه انجام کار و زندگی فردی و اجتماعی افراد تاثیر گذار باشد و در طولانی مدت در کیفیت زندگی افراد تاثیر منفی به جا بگذارد.^(۳۷) هزینه‌های غیر مستقیم ناشی از سردرد (مربوط به کاهش بازدهی، ناتوانی طولانی مدت و روزهای کاری از دست رفته) نسبت به هزینه‌های مستقیم سردرد (مراقبت‌های پزشکی) بیشتر و اساسی‌تر است. به طور کلی مدارک نشان می‌دهند که همیشه سردرد شدید منجر به ناتوانی در انجام کار می‌شود.^(۳۸) در این تحقیق نیز درد مربوط به سردرد میگرنی نسبت به درد مربوط به سردرد تنشی ناتوانی بیشتری را به دنبال داشت (۲۱/۷٪ در مقابل ۸/۵٪). این نتایج با معیار IHS و نتایج بسیاری از مطالعات دیگر همخوانی دارد.^(۲۷، ۲۹، ۳۶، ۳۷، ۳۸) برآورد شدت سردرد در بر آورد بار میگرن روی افراد و جامعه نقش کلیدی دارد. همچنین اندازه‌گیری شدت سردرد می‌تواند در پیش بینی ناتوانی مربوطه و نیاز به تسهیلات بهداشتی و پزشکی بسیار مهم باشد. این اندازه‌گیری همچنین در شناسایی گروه‌های هدف جهت توجه و مراقبت‌های ویژه بسیار موثر می‌باشد.^(۳۷)

زنان نسبت به مردان شانس سردرد بیشتری داشتند که با نتایج تعدادی از مطالعات همخوانی دارد.^(۳۶، ۳۷) در این تحقیق ارتباط آماری معنی‌داری بین الگوی خواب و سردرد مشاهده شد.^(۲۲، ۴۰-۳۸) علی‌رغم این

سردرد تنشی با کمیت خواب شبانه روزی ارتباط معکوس معنی‌دار آماری داشت. همچنین ارتباط آماری معنی‌داری بین سردرد تنشی و سابقه درگیری در شغل دوم مشاهده شد. اما ارتباط معنی‌داری بین گروه‌های شغلی و سردردها وجود نداشت (عدم همخوانی با گزارش‌های^(۴۱-۴۲) همچنین ارتباطی بین شیفت کاری (همخوانی با نتیجه مطالعه پورتلا (Portella)^(۴۳) و نوع شیفت (ثابت و چرخشی) و سردرد وجود نداشت، البته بررسی عوامل خطر شغلی به علت تنوع فراوان عوامل و پیچیدگی‌های شغلی زیاد بسیار مشکل می‌باشد و این عوامل در نتیجه تحقیق می‌تواند تاثیر گذار باشد. یافته دیگر این مطالعه این بود که سردردهای میگرنی و تنشی دوعارضه جداگانه‌ای بوند و در ایجاد یک عارضه، عارضه دیگر کاملاً بی‌تاثیر بود. این یافته با نتایج مطالعات اولریچ (Ulrich) و اینیگوییوز (Iniguez)^(۲۸، ۴۴) همخوانی دارد. عارضه سردرد توجه بیشتر و ارائه راهکارهایی را می‌طلبد تا با کمک این راهکارها به پیشگیری، تشخیص و درمان کافی منتهی شود.^(۴۵) این استراتژیها می‌توانند با بررسی فراوانی توزیع، تشخیص عوامل خطر اولیه و درمان ارزیابی گردند.^(۴۶) در مجموع تشخیص و درمان مناسب افراد می‌تواند اثر سردرد را روی افراد و بار سردرد روی جامعه کاهش دهد.^(۳۷)

نتیجه‌گیری

در این مطالعه ویژگی‌های بالینی مثل یک طرفه بودن سردرد، ضربه‌ای بودن سردرد، ترس از صوت و ترس از نور مرتبط با سردرد با معیار IHS^(۳۵، ۴۶) همخوانی داشت. در مطالعه حاضر، معیار تشخیص در مرحله اول بر اساس معیار IHS انجام می‌شد و صحت تشخیص این معیار توسط نورلوژیست از طریق

میگرن و احساس نیاز برای ارائه استراتژی‌هایی برای درمان و پیشگیری میگرن بسیار مهم می‌باشد.^(۴۷) ما امیدواریم که نتایج ارائه شده در پیشبرد و ارائه راهکارهای مورد نظر موثر باشد البته برای تأیید ویژگی‌های اپیدمیولوژیکی و بالینی سردرد در ایران نیاز به مطالعات بیشتر در نقاط مختلف کشور می‌باشد.

معاینه بالینی تأیید می‌گردید. با توجه به نتایج حاصله در مقایسات گزارشات ما با معیار IHS همخوانی بین IHS و تشخیص نورولوژیست مشاهده می‌گردد و این نتیجه‌گیری در واقع می‌تواند اعتبار بالای این معیار را نشان دهد. یافته‌های مربوط به شدت سردرد و به دنبال آن از دست دادن کار مربوط به سردرد در بازتاب اهمیت اثر اجتماعی

منابع

- ۱- غلامرضا میرزایی، م. بررسی شیوع میگرن شایع و افت عملکرد ناشی از آن در دانش آموزان دختر دبیرستانی شهرستان شهر کرد در ۱۳۸۱. مجله علمی دانشگاه علوم پزشکی شهر کرد، دوره پنجم، (شماره ۴)، زمستان ۸۲، صص ۶۲-۵۵.
- ۲- حمزه ای مقدم، الف، بهرام پور، ع، مبشر، م. بررسی شیوع میگرن و رابطه آن با برخی عوامل دموگرافیک در کارمندان شهر کرمان. مجله دانشگاه علوم پزشکی کرمان، ۱۳۷۷ دوره ۵، شماره ۲۰، صص ۹۱-۸۴.
- 3-Evans RW, Mathew NT. Hand book of headache. 2000, lipincotte Williams & Wilkins, Philadelphia. 2001:p.350-339.
- 4-Cheung RT, Prevalence of Migraine, Tension-type headache , and other headaches in Hong Kong. Headache. 2000 Jun; 40(6):p473-9.
- 5- Olesen J T, Peer H, Welsh k, Micheal A, The Headache. 2th ed 2000, ipincotte williams & Wilking , Philadelphia. 1024-1052.
- ۶- نجفی کوپایی، م. سمنانیان، س، رضایی، الف، قره گوزلو، ک. بررسی بالینی میگرن بدون اورا. مجله علمی پزشکی اهواز، شماره ۲۴، ۱۳۷۷، ۸۳-۷۱.
- 7- Roh JK., Kim JS, Ahn YO, Epidemiologic and clinical characteristics of Migraine and Tension-type headache in Korea. Headache. 1998 May; 38(5):356-65.
- 8- Pryse Ph. W., Findlay H., Tugwell P., Edmeads J., Murray T.J., Nelson R.A., Canadian population survey on the clinical, epidemiologic and societal impact of Migraine and Tension-type headache. Can J Neurol Sci.; 19(3), 1992 Aug :333-9.
- 9-Bigal ME., Bigal JM., Betti M, Bordini CA., Speciali JG, Evaluation of the impact of Migraine and episodic Tension-type headache on the quality of life and performance of a university student population. Headache. 2001 Jul-Aug; 41(7):710-9.
- 10- Deleu D, Khan MA, Humaidan H, Al - Mantheri Z, Al-Hashami S, Prevalence and clinical characteristics of headache in medical students Oman. Headache. 2001 Sep; 41(8):798-804.
- 11- Haimanot TR., Seraw B, Forsgren L, Ekbohm K, Ekstedt J, Migraine, chronic Tension-type headache, and cluster headache in an Ethiopian rural community. Cephalalgia. 1995 Dec; 15(6):482-8.
- 12-Koseoglu E, Nacar M, Talaslioglu A, Cetinkaya F, Epidemiological and clinical characteristics of Migraine and Tension type headache in 1146 females in Kayseri, Turkey. Cephalalgia. 2003; 23(5):381-8.
- ۱۳- آیت‌اللهی، س م ت، داراب زند، ت، بزرگی، ف، شیبانی منفرد، ف. میزان شیوع سردردهای تنشی و میگرنی در دانشجویان دانشگاه علوم پزشکی شیراز. مجله دانشگاه علوم پزشکی کرمان، ۱۳۷۷ دوره شش، شماره ۳: صص ۱۴۸-۱۴۱.

- ۱۴- یوسفی، م. بررسی شیوع میگرن در دانشجویان پزشکی و پزشکان دانشگاه علوم پزشکی زنجان، مجله علمی دانشگاه علوم پزشکی و خدمات بهداشتی- درمانی استان زنجان، شماره‌های ۳۰ و ۳۱: بهار و تابستان ۷۹، صص ۲۴-۱۸.
- 15- Ayatollahi S.M.T., Moradi F, Ayatollahi A.R., Prevalence of Migraine and Tension-type headache in adolescent girls of shiraz. *Headache*. 2002; 42:287- 290.
- 16- Rasmussen BK, Jensen R, Schroll M, Olesen J, Epidemiology of headache in a general population-A prevalence study. *J Clin Epidemio* 1991;44(11):1147-57.
- 17- Honkasalo ML, Kaprio J, Heikkila K, Sillanpaa M, Koskenvuo M, A population-based survey of headache and Migraine in 22,809 adults. *Headache*. 1993 Sep;33(8):403-12.
- ۱۸- حمزه ای مقدم، اکبر، غفاری نژاد، علیرضا، بهرام پور، بابک. بررسی شیوع میگرن و افسردگی و رابطه آنها با یکدیگر در دانشجویان دانشگاه علوم پزشکی کرمان. مجله دانشگاه علوم پزشکی کرمان، ۱۳۷۵، سال چهارم، شماره ۲، صص ۹۰-۸۵.
- 19-Dahlof C, Linde M, One-year prevalence of Migraine in Sweden: a population-based study in adults. *Cephalalgia*. 2001 Jul;21(6):664-71.
- ۲۰- یوسفی، مهران. بررسی شیوع میگرن در دانشجویان پزشکی و پزشکان دانشگاه علوم پزشکی زنجان، مجله علمی دانشگاه علوم پزشکی و خدمات بهداشتی- درمانی استان زنجان، بهار و تابستان ۷۹، شماره‌های ۳۰ و ۳۱: صص ۲۴-۱۸).
- ۲۱- نادری، طیب، حمزه ای مقدم، اکبر، بهرام پور، عباس. شیوع میگرن و عوامل مرتبط با آن در دانشجویان مبتلا به سندرم قبل از قاعدگی. مجله علمی دانشگاه علوم پزشکی کردستان، پاییز ۷۹، دوره ۵، شماره ۱۷: صص ۲۱-۱۸.
- ۲۲- آیت‌اللهی، س.م.ت، چراغیان، ب. الگوی اپیدمیولوژیک عوامل خطر سردردهای تنشی و میگرنی در آموزگاران مدارس ابتدایی شیراز سال تحصیلی ۱۳۸۱-۱۳۸۲. مجله دانشگاه علوم پزشکی کرمان، ۱۳۸۴ دوره دوازدهم، شماره ۲: صص ۹۲-۸۵.
- 23- Ayatollahi SMT, Khosravi A: Prevalence of migraine and tension type headache in school-children of shiraz(southern Iran). *Eastern Mediterranean Health Journal*, 2006,(in press).
- 24-Quesada-Vazquez AJ, Rodriguez-Santana N. The prevalence of primary headaches in the working population at a psychiatric hospital in Zimbabwe.].: *Rev Neurol*. 2006 Aug 1-15;43(3):129-31.
- 25-Akış, N., Zarifoğlu, M., Akgö S., Karlı, N., İrgil, E., Ayvacioğlu, U., Çalışır, N., Haran, N., Akdoğan, Ö: Research Submission Headache Prevalence in Adolescents Aged 12 to 17: A Student-Based Epidemiological Study in Bursa. *The Journal of Head and Face Pain*, Volume 46 Page 649 - April 2006.
- 26-Queiroz LP, Barea LM, Blank N. An epidemiological study of headache in Florianopolis, Brazil. *Cephalalgia*. 2006 Feb; 26 (2):122-7.
- ۲۷- آیت‌اللهی، س م ت، خسروی، الف. مطالعه مورد - شاهدهی عوامل موثر بر میگرن و سردردهای تنشی در دانش آموزان دبستانی شهر شیراز. مجله دانشگاه علوم پزشکی و خدمات بهداشتی- درمانی همدان، زمستان ۱۳۸۳، سال یازدهم، شماره ۴، صص ۴۲-۳۷.
- 28-Iniguez C, Larrode P, Mauri JA, Morales F. Clinical features of daily chronic headache. *Rev Neurol*. 1997 Jul; 25(143):1034-7.
- ۲۹- غفار پور، م، حریرچیان، م. ح، نادری، ن. اپیدمیولوژی، اتیولوژی و بررسی یافته‌های بالینی سردرد در مراجعان به درمانگاه مغز و اعصاب بیمارستان فاطمیه سمنان شهریور-آبان ۱۳۷۵. مجله دانشکده پزشکی سمنان، ۱۳۷۷، شماره ۶، صص ۳۸-۳۷.
- 30-Scher A I., Stewart W F., Liberman J, Lipton R B, Prevalence of frequent headache in a population sample. *Headache*. 1998; 38:497-506.
- 31-Piovesan E J, Kowacs P A, Lange M C, Pacheco C, Piovesan L R, Werneck L C, Prevalence and semiologic aspects of the idiopathic stabbing headache in a Migraine population. *Arq Neuropsiquiatr*. 2001 ; 59 (2-A):201-5.
- 32-Ziegler D K, Hassanein R S, Characteristics of life Headache histories in a nonclinic population. *Neurology*. 1977; 27: 265-269.

- ۳۳- شیرازی، م، اعتمادی فر، م، محمدزاده، ز، صدیقی، ب، اخوان ح. ر. بررسی بیماران مبتلا به سردرد از نظر خصوصیات فردی، مشخصات بالینی، علائم همراه و عوامل تشدید کننده (۷۲-۷۴). مجله دانشکده پزشکی اصفهان، پاییز ۷۶، سال ۱۵، شماره ۴۸: ص - ۹۳-۸۸.
- ۳۴- آیت اللهی؛ س م ت. خسروی الف. بررسی خصوصیات بالینی دانش آموزان دبستانی مبتلا به میگرن و سردرد تنشی (شیراز ۸۲-۱۳۸۱)، مجله بهبود، سال هشتم، شماره سوم، ۱۳۸۳ فصلنامه علمی پژوهشی دانشگاه علوم پزشکی کرمانشاه.
- 35- Headche classification and diagnostic criteria for headache society. Classification and diagnostic criteria for headache disorders, cranial neurologias and facial pain. Cephalalgia. 1988; 8(suppl.7):1-93.
- 36- Lavados PM, Tenhamm E, Epidemiology of Tension- type headache in Santiago, Chile: A prevalence study. Cephalalgia. 1998; 18: 552-8.
- 37-Lipton,RB, Stewart WF, Von Korff M. The burden of Migraine. A review of cost to society. Pharmacoeconomics. 1994 Sep;6 (3):215-2.
- 38-David W, Dodick, M, Eric J, Eross, D , James M, Parish D., Clinical, Anatomical, and Physiologic Relationship Between Sleep and Headache: The Journal of Head and Face Pain. March 2003;Volume 43 Issue 3: Page 282.
- ۳۹- مسعود، س.ع، تقدسی، م. بررسی رابطه اختلالات خواب با سردردهای میگرنی و عصبی. فصلنامه پژوهشی پژوهنده، ۱۳۸۱، دوره هفتم، شماره ۳، ص ۱۹۳-۱۹۱.
- ۴۰- آیت اللهی س.م.ت. خسروی الف. شیوع میگرن و سردرد تنشی و همبسته‌های آن در دانش آموزان دبستانی شیراز (۱۳۸۲)، مجله دانشگاه علوم پزشکی بابل، دوره ششم، شماره ۱، ۱۳۸۴، صص ۹۱-۸۵.
- 41- Zetola VH., Novak EM, Luiz A, Branco BO, Sato BK, Nita CS, Bubna MH, Prado R A, Werneck LC, Headache incidence in a hospital community. Arq Neuropsiquiatr. 1998 Sep;56(3B):559-64.
- 42-Henry P, Michel P, Brochet B, Dartigues JF, Tison S, Salamon RA., nationwide survey of Migraine in France: prevalence and clinical features in adults. GRIM. Cephalalgia.1992Aug; 12:229-37.
- 43-Portela LF., Rotenberg L, Waissmann W, Self-reported health and sleep complaints among nursing personnel working under 12 h night and day shifts. Chronobiol Int. 2004;21(6):859-70.
- 44- Ulrich V, Rusell M. B., Jensen R., Olesen J., A comparison of Tension- type headache in Migraine and in non- Migraineurs- Apopulation based- study. Pain.Oct1996;67:501-6.
- 45-Rasmussen BK. Epidemiology and socio-economic impact of headache. Cephalalgia. 1999Dec;19Suppl25:20-3.
- 46-Stewart WF, Shechter A, Lipton RB. Migraine heterogeneity. Disability, pain intensity, and attack frequency and duration.Neurology. 1994 Jun;44(6 Suppl 4):S24-39.
- 47-Ferrari MD.The economic burden of Migraine to society. Pharmacoeconomics. 1998 Jun;13(6):667-76.